

Universidad Católica de Santa María

Facultad de Ciencias y Tecnologías, Sociales y Humanidades

Escuela Profesional de Psicología



ASPECTOS PSICOSOCIALES Y EL BLUES MATERNO EN MADRES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ, ZAMÁCOLA, AREQUIPA.

Tesis presentada por las Bachilleres:

Fernández Aguayo, Pierina Paola

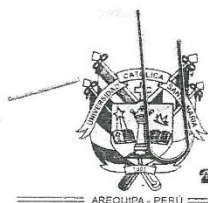
Marce Fernández, Romina Wendy

Para optar el Título Profesional de
Licenciada en Psicología.

Asesor: Dr. Guzmán Gamero Raúl

AREQUIPA – PERÚ

2018



Universidad Católica de Santa María

(51 54) 382038 Fax: (51 54) 251213 ✉ ucsm@ucsm.edu.pe 🌐 http://www.ucsm.edu.pe Apartado: 1350

AREQUIPA - PERÚ

FACULTAD DE CIENCIAS Y TECNOLOGÍAS SOCIALES Y HUMANIDADES

ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGIA

INFORME DICTAMINARIO DE BORRADOR DE TESIS

VISTO



EL BORRADOR DE TESIS TITULADO:

"RELACION ENTRE LOS ASPECTOS PSICOSOCIALES Y EL BLUES MATERNO EN MADRES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DIAZ, ZAMACOLA - AREQUIPA".

Para optar su título profesional de Licenciado(a) en Psicología.

PRESENTADO POR los BACHILLERES

PIERINA PAOLA FERNANDEZ AGUAYO
ROMINA WENDY MARCE FERNANDEZ

Nuestro Dictamen es:

*Favorable, previa superación
de las observaciones planteadas por ambos jurados.*

Observaciones:

Arequipa, 29 de noviembre del 2017


Dr. RAUL GUZMAN GAMERO


Dra. VILMA ZEVALLOS CORNEJO

01 DIC. 2017

ÍNDICE

RESUMEN.....	vi
ABSTRACT.....	vii

CAPÍTULO I: Marco teórico

Introducción.....	8
Enunciado del Problema.....	10
Variables.....	10
Interrogantes.....	11
Objetivos.....	11
Antecedentes Teóricos.....	12
Antecedentes Investigativos.....	24
Hipótesis.....	28

CAPÍTULO II: Diseño Metodológico

Tipo de Investigación.....	29
Técnicas e Instrumentos.....	29
Población y muestra.....	32
Estrategias de recolección de datos.....	33
Criterios de procesamiento de la información.....	33

CAPÍTULO III: Resultados

Presentación de resultados.....	34
Discusión.....	46
Conclusiones.....	52
Sugerencias.....	53
Referencias Bibliográficas.....	4
Anexos.....	58

Dedico la presente tesis a Dios, por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor.

A mis padres, Carlos y Lily por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante y más que nada por su amor.

A mis hermanas por alentarme en cada paso que doy y por su apoyo incondicional.

Pierina Paola

*Dedico esta tesis a Dios, primeramente porque
él es el gestor de cada una de las bendiciones
que recibo.*

*A mis padres, Miguel y Amparo por ser el pilar
fundamental en todo lo que soy, en toda mi
educación, tanto académica como de la vida,
por su incondicional apoyo perfectamente
mantenido a través del tiempo.*

*A mi hijo Caleb, por ser el motor y motivo para
crecer como persona, como profesional y
sobretudo como madre.*

Romina Wendy

Nuestro especial agradecimiento

*A los miembros del jurado dictaminador por sus valiosas sugerencias
para la culminación de la presente tesis.*

*A la Dirección del Centro de Salud Maritza campos Díaz, por
autorizarnos a desarrollar la investigación.*

A todas las madres, que gentilmente aceptaron participar en el estudio.

RESUMEN

Se analiza la relación entre los aspectos psicosociales con el Blues Materno en madres atendidas en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz, Zamácola. Se aplicó como instrumentos el Cuestionario de Factores Psicosociales y la Escala del Blues Materno de Lima (EBML). La población estuvo conformada por 115 madres puérperas que cumplieron criterios de inclusión. Los resultados más significativos demuestran que el riesgo de Blues materno es intermedio en 46,96% de madres y que los factores personales, familiares y académicos se relacionan de forma significativa al nivel de riesgo ($p > 0,05$).

Palabras claves: Factores, psicosociales, Blues materno.

ABSTRACT

The relationship between the psychosocial aspects and the Blues Materno in mothers attended at the Maritza Campos Díaz Health Center, Zamácola, is analyzed. The Psychosocial Factors Questionnaire and the Lima Maternal Blues Scale (EBML) were used as instruments. The population consisted of 115 puerperal mothers who met inclusion criteria. The most significant results show that the risk of maternal blues is intermediate in 46.96% of mothers and that personal, family and academic factors are significantly related to the level of risk ($p > 0.05$).

Key words: Factors, psychosocial, maternal blues.

CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO

Introducción

Desde el punto de vista psicológico, la gestación se considera un tiempo crítico. Supone un cambio de estado en el que la pareja se convertirá en familia, asumiendo una nueva identidad de madre y padre (Stern, Bruschweiler-Stern y Freeland, citado por Armengol, Chamarro y García, 2007). Es el inicio de lo que podríamos entender como proceso de maternización (García-Dié y Palacín, citado en Armenjol, Chamarro y García, 2007) que incluye gestación, parto y crianza considerados como un todo. Este proceso supone la posibilidad de adquirir cualidades de madre, no relativas únicamente al hecho biológico, sino al desarrollo psicológico y ajuste emocional, cualidades que le son generadas fundamentalmente por medio de las interacciones tempranas con el hijo.

Después del parto, muchas mujeres sufren cambios en el humor. Pasan por periodos de irritabilidad, manifiestan tristeza generalizada, andan desanimadas, ante cualquier cosa lloran fácilmente y, en general, están muy susceptibles; en este contexto, surge el concepto de blues materno (BM), que fue descrito inicialmente como un fenómeno psicológico leve, banal, transitorio y sin importancia que acontece a ciertas mujeres luego del parto. Esta connotación de benignidad, sin embargo, ha sido rebatida en el transcurrir de las dos últimas décadas donde se han realizado una serie de estudios (clínicos, bioquímicos y epidemiológicos) que han mostrado una nueva y preocupante perspectiva, en la cual las madres con Blues Materno presentan mayores probabilidades de desarrollar problemas mentales (trastornos de ansiedad y depresión postparto e incluso psicopatías), presentar patrones de contacto e interacción materno filial débiles y deficientes; así como también realidades biológicas particularmente riesgosas como mayores niveles de cortisol medidos en saliva. Finalmente, se ha encontrado que la prevalencia de BM oscila entre un 40 a 60% (Contreras, Mori y Lam, 2011).

El desarrollo de este estudio se justifica, debido en primer lugar, a la actualidad del tema, dado el incremento de embarazos y principalmente en adolescentes, que casi siempre no han sido deseados, haciendo que el ajuste emocional al mismo sea deficiente, favoreciendo situaciones como deseos de interrumpir el embarazo, abandono de la pareja, falta de apoyo de la familia nuclear y extensa, falta de prácticas adecuadas de cuidado durante la gestación, y después del parto, deficiente apego emocional y cuidado del recién nacido.

El estudio es importante, porque si bien es cierto, existe consenso en el concepto y caracterización del blues materno, éste es un tema poco conocido y del cual, existen muy pocas investigaciones, sin embargo, en la práctica clínica se observa que es frecuente que las gestantes o puérperas manifiesten una serie de síntomas propios del blues materno, por lo que consideramos que es necesario el estudio de esta entidad en nuestro medio, lo que nos permitirá contribuir a la prevención de que las mujeres que presentan blues materno, desarrollen un trastorno mental como el trastorno de ansiedad, depresión mayor u otro y que se afecte el desarrollo pleno de su rol de madre.

La información anterior ha motivado la realización del presente estudio, el cual tuvo como propósito determinar la relación existente entre los factores psicosociales personales, familiares y académicos y el Blues Materno en madres atendidas en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz – Zamácola, así como los factores asociados al mismo.

El informe final está estructurado en capítulos. En el Primer capítulo se presenta el marco teórico de la investigación; en el segundo capítulo se desarrolla el diseño metodológico. El tercer capítulo incluye el análisis de los resultados y finalmente se presentan las conclusiones y recomendaciones.

Problema

¿Cuáles son los aspectos psicosociales que se relacionan de manera significativa con el Blues Materno en madres atendidas en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz, Zamácola, Arequipa?

Variables

Variable 1: Aspectos psicosociales del embarazo

Son todas aquellas situaciones que se presentan durante el embarazo, y que pueden afectar directamente la salud física, psicológica o social de la gestante. Fue evaluada mediante aspectos psicosociales personales, que son aquellos inherentes a la propia madre, los aspectos familiares que se refieren a ciertas características presentes en el entorno familiar de la madre y los aspectos académicos que están referidos a los estudios que la madre realiza, si están en curso o si ha dejado de estudiar.

Variable 2: Blues Materno

Es el conjunto de desequilibrios personales caracterizados por: infelicidad, tristeza, ansiedad, irritabilidad, inestabilidad del ánimo y fatiga que afecta a la madre y al recién nacido de modo directo o indirecto. (Contreras, Mori y Lam, 2007). Se identificara el nivel de riesgo ya sea bajo, intermedio o alto.

Interrogantes secundarias

¿Cuáles son los niveles de riesgo de Blues materno en las madres?

¿Cuáles son los aspectos psicosociales personales relacionados con el Blues materno en las madres?

¿Cuáles son los aspectos psicosociales familiares relacionados con el Blues materno en las madres?

¿Cuáles son los aspectos psicosociales académicos relacionados con el Blues materno en las madres?

Objetivos

Objetivo general

Identificar los aspectos psicosociales relacionados de manera significativa con el Blues materno en madres atendidas en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz, Zamácola, Arequipa.

Objetivos secundarios

Establecer los niveles de riesgo de Blues materno en las madres.

Establecer los aspectos psicosociales personales relacionados con el Blues materno en las madres.

Determinar los aspectos psicosociales familiares relacionados con el Blues materno en las madres.

Establecer los aspectos psicosociales académicos relacionados con el Blues materno en las madres.

Antecedentes Teórico Investigativos

Blues Materno

Evolución del Concepto

El Blues materno (BM), fue descrito inicialmente como un fenómeno psicológico leve, banal, transitorio y sin importancia que podía presentarse en algunas mujeres después del parto. Se considera una situación benigna, sin embargo, esto ha sido rebatida a lo largo de las dos últimas décadas, porque se han realizado una serie de estudios clínicos, bioquímicos y epidemiológicos a través de los cuales se ha concluido que dicha situación es relativamente nueva y preocupante, debido a que las madres con BM tienen mayor riesgo de desarrollar problemas mentales, que incluyen trastornos de ansiedad y depresión postparto, tener patrones de contacto e interacción materno filial débiles y deficientes, lo cual genera un escaso apego entre madres e hijos; además de condiciones biológicas riesgosas como aumento de los niveles de cortisol medidos en saliva. Finalmente, se ha encontrado que la prevalencia de BM oscila entre un 40 a 60% (Watanabe, Wada, Sakata, Aratake, Kato, Ohta, et. al, 2008).

Concepto

El éxito de la maternidad, luego del parto, depende no solamente de la ausencia de enfermedad obstétrica, ni de la ausencia de desorden mental, sino principalmente de un adecuado equilibrio a nivel social, de que la madre viva la familia en formación, porque para lograr este equilibrio es muy importante la seguridad o estabilidad económica, es decir, que el proceso del nacimiento de la vida humana es un fiel reflejo de las condiciones o grado de desarrollo de un sistema social competente que la alberga, y que permite diferenciar al parto humano del parto de los animales

mamíferos. Por ello es importante considerar que a pesar de que siempre existirán disturbios, desequilibrios en el principio de la maternidad, algunos de mayor o menor grado, esas situaciones deben ser vividas por la madre de manera consciente y deben afrontarse tanto a nivel corporal, debido a las implicancias de los aspectos neuroendocrino inmunológicos, y también a nivel mental, mediante la adopción o transformación racional y consciente de sentimientos, pensamientos y conductas.

El término Blues Materno, se emplea para referirse al conjunto de dichos desequilibrios personales. Una revisión realizada por Reck, Stehle, Reinig y Mundt (2009, p. 77), señala que el Blues materno “está caracterizado por: infelicidad, tristeza, ansiedad, irritabilidad, inestabilidad del ánimo y fatiga. Es decir, que el Blues Materno es la manifestación de cómo la mujer va traduciendo en ella (como psiquismo consciente) la transición que vive y que constituye la más alta circunstancia que le toca por experimentar: la maternidad”.

Durante la etapa de transición hacia la maternidad, o durante el proceso de adaptación a la misma, el Blues materno, representa una manifestación de dicho proceso de adaptación, por lo general tiene una duración de diez días, los primeros diez después del parto y hasta ese momento no debe ser considerado como una patología en sí mismo, sino más bien, como una expresión de todas aquellas situaciones contradictorias que va experimentando la mujer recientemente convertida en madre. En este contexto, la madre despliega todos los recursos y mecanismos personales de afronte de dicha situación, su resiliencia, autoconfianza, autoestima y su repertorio de experiencias; pero principalmente se sustenta en el apoyo del entorno social, que es brindado por la pareja, la familia nuclear y extensa, así como sus amigos u otras personas que son significativas para ella, y sin lugar a dudas, del personal de salud, quienes actúan promoviendo la adquisición de conocimientos y actitudes favorables en las cuestiones perinatales y que le permiten entender, sobrellevar y sobre todo adaptarse de manera adecuada a todos los grandes cambios que esta situación impone. Sin embargo, en muchas ocasiones no se realiza el afrontamiento de acuerdo a lo

señalado anteriormente entonces se pueden producir consecuencias negativas en la mujer, y a partir de allí surgen trastornos a mediano y largo plazo (Watanabe, et al. 2008; Reck, Stehle, Reinig y Mundt, 2009).

El Blues materno, es definido por otros autores como la melancolía postparto, señalando que es una situación muy frecuente, caracterizado por un estado de ánimo especial, que se presenta hasta en ocho de cada diez madres durante los primeros días posteriores al parto. Las manifestaciones que presentan las madres afectadas son mayor nivel de sensibilidad, llanto frecuente e inexplicado, en las madres primerizas se observa mayores niveles de ansiedad, tensión emocional y física, agotamiento, dificultades para dormir, y esto genera que durante el día se sientan muy soñolientas, afectándose el cuidado adecuado al recién nacido. El Blues materno va adquiriendo mayor importancia conforme transcurren los días, haciéndose más intensos y entonces se convierte en la depresión postparto (Servicio Andaluz de Salud, Consejería de Salud y Bienestar Social de Andalucía, 2013).

También se debe distinguir al Blues materno de la melancolía de la maternidad, la cual nos habla de un breve periodo en el que se presentan trastornos emocionales leves, que se manifiestan por disforia, llanto, labilidad del estado de ánimo, insomnio, inapetencia, irritabilidad y ansiedad; estos síntomas afectan a casi un 85% de mujeres; tienen su inicio después de varios días luego del parto y van remitiendo hacia el décimo día (Sharma, Burt y Ritchie, 2011), esta melancolía de la maternidad, por lo general no requiere tratamiento farmacológico, sino más bien, apoyo psicológico y emocional. Pero también se ha observado que en algunas mujeres, la melancolía puede indicar el inicio de la depresión postparto, que en algunos casos puede evolucionar hasta la depresión bipolar postparto, los cuales son serios trastornos de salud mental en las madres.

De acuerdo a Sharma, Burt y Ritchie(2011), al Blues Materno, también lo llaman como el Síndrome del tercer día o disforia posparto y lo definen como la alteración

del estado de ánimo más frecuente en el posparto, con una prevalencia del 50% al 80% de los casos. Su inicio se da entre el tercer o quinto día posparto, su duración no debe exceder de 1 a 3 semanas y sus síntomas principales son síntomas breves de ansiedad, rumiaciones negativas sobre la crianza del hijo, labilidad afectiva y llanto frecuente. A su vez estos síntomas son de intensidad leve, por lo cual, no se precisa de su control a través de tratamientos farmacológicos, los autores señalan que la psicoterapia de apoyo ha demostrado resultados exitosos para el manejo del Blues materno. Sin embargo, en estudios realizados por los mismos autores encontraron que hasta el 20% de los casos de Blues materno evolucionan a la depresión, siendo más frecuente cuando la tristeza está asociada con euforia y en esto influye la presencia de estresores ambientales, la lactancia o la paridad. Es por ello, que Sharma y cols (2011), destacan que el Blues materno no debe ser pasado por alto, como una situación sin importancia o que forma parte del proceso de ajuste normal a la maternidad, sino que su presencia debe alertarnos ante el posible desarrollo posterior de una franca depresión clínica, que tiene muchas connotaciones negativas tanto para la salud física, mental y calidad de vida de la madre, sino también para el cuidado del recién nacido a quien, la depresión de la madre le supone un riesgo inmenso para su integridad.

Neurobiología del Blues Materno

A nivel etiopatogénico, como en la mayoría de situaciones que afectan a la salud física y mental, existen una serie de factores interrelacionados que incluyen: mayor susceptibilidad genética, alteraciones neuroendocrinas y eventos vitales estresantes mayores. Acerca del sustrato neurobiológico que parece explicar el Blues materno, existen estudios actuales que señalan que a pesar de que aún no se ha podido identificar la causa exacta de la aparición el Blues materno, la mayoría de hipótesis señalan a los cambios hormonales, psicológicos y sociales que ocurren luego del parto (Medina, 2013; Rai, Pathaky Sharma, 2015).

Los cambios hormonales son considerados como la causa principal, debido a que hay un descenso brusco de las hormonas, luego de haber estado durante varios meses en niveles muy altos durante el embarazo, como los esteroides gonadales, el estrógeno (Rai y cols, 2015) y la progesterona (O'Hara, 2013; Takahashi y Tamakoshi, 2014), por lo que se considera que este descenso origina muchos de los síntomas del Blues materno.

Un estudio realizado por Silverman (2007) mediante estudios de imagenología por resonancia nuclear magnética funcional en mujeres con Blues materno y depresión postparto, encontraron que existía una disminución en la actividad de la corteza orbitofrontal, la misma que se asocia a la regulación emocional y toma de decisiones influidas por la emoción; mayor re-actividad de la amígdala en mujeres sanas (centro asociado a la activación de respuesta emocional/a diferencia de la evidencia en sujetos con depresión no-embarazados vs. control); mayor actividad de la ínsula bilateralmente, mayor a derecha, asociado a experiencia emocional negativa o positiva y no neutras (centro heteromodal de integración y relevo de información sensorial, visceral, autonómico y límbico, lo cual tendría implicación en la experiencia subjetiva emocional); menor actividad del estriado (centro involucrado en la motivación y conductas de recompensa).

Mientras que un estudio realizado por Leuner, Mirescu, Noiman y Gould (2007), observaron en ratas que amamantaban, que existía disminución de la proliferación celular en el hipocampo, lo cual podía ser revertido al finalizar el periodo de lactancia y al adrenelectomizar las ratas, por lo cual sugirieron que la experiencia materna durante el post-parto inhibiría la neurogénesis hipocampal, efecto que sería mediado por el cortisol.

En el estudio de Leuner, Mirescu, Noiman y Gould (2007), destacan que su modelo acerca del Blues materno es muy similar al modelo de depresión en humanos, sobre todo en lo referente a los efectos deletéreos de los glucocorticoides en la neurogénesis

hipocampal, y a pesar de que estos resultados no pueden ser extrapolados íntegramente a las mujeres que presentan depresión post parto o Blues materno, sí sugieren un fenómeno fisiológico que caracteriza a todas ellas, que es el estrés durante el post-parto, el cual puede agravarse por la presencia concomitante de muchas condiciones socio-ambientales, capaces de ejercer distintos grados de impactos o consecuencias emocionales.

En un estudio de Groera (2007), las mujeres postparto que tienen sintomatología característica de un episodio depresivo y que inicialmente eran del Blues materno, tales como mayor estrés percibido, somnolencia, labilidad emocional, llanto inexplicado, fatiga, ansiedad, rabia y eventos vitales negativos, presentaron niveles bajos de prolactina, cortisol, interferón gama, y de la relación th1/th2, que pudiese traducirse en una menor actividad de la inmunidad celular. Pero también observaron que sólo un tercio (32%) de estas madres brindaba lactancia materna al bebé, lo cual concuerda con su condición hormonal.

También se ha señalado, que los cambios psicológicos y sociales que experimenta y que la mujer debe afrontar después del parto, son otra de las causas de aparición del Blues materno, y aquí se deben incluir los cambios inherentes a la propia maternidad como son la responsabilidad, el cambio del rol social, el cambio de imagen corporal o el cambio en las relaciones interpersonales de la madre (Rai y cols, 2015). En el estudio de Medina (2013), se ha encontrado factores de riesgo que pueden hacer que una mujer sea más vulnerable a padecer los síntomas del Blues materno, dentro de estos factores se consideran: padecer síntomas depresivos antes del parto o durante el embarazo, sufrir estrés por el cuidado del recién nacido, la discapacidad psicosocial, cambios de humor premenstruales o uso de anticonceptivos orales con cambios de humor, además del historial depresivo en la familia (O'Hara 2013; Roy, 2014) y el estrés propio del parto (Rai y cols, 2015). Existen otros estudios que consideran los partos por cesárea como factor de riesgo (Matthey, Lee, Črnčec y Trapolini, 2013), aunque en otros estudios no se ha encontrado evidencias suficientes acerca de la

relación entre el tipo de parto y la posibilidad de desarrollar Blues materno (Edhborg, 2008).

Manifestaciones clínicas

Algunos de las manifestaciones clínicas más comunes que se pueden experimentar las mujeres que tienen Blues materno incluyen los siguientes (Bazako, 2017):

- Labilidad afectiva.
- Llanto frecuente y sin causa que lo justifique.
- Ansiedad.
- Fatiga.
- Insomnio incluso cuando el bebé duerme.
- Sentir enojo o furia, irritabilidad.
- Pensamientos negativos sobre la crianza del recién nacido.
- Pérdida del apetito.
- Bajo estado de ánimo.
- Estado mental tenso, desmesuradamente emocional.
- Agobiada por la crianza.

Diagnóstico

La detección precoz del Blues materno no es fácil; y es por ello, que muchas veces es subdiagnosticado porque de acuerdo a las expectativas que la sociedad impone, las madres que acaban de dar a luz, deben estar felices, orgullosas de su nuevo rol de madre y muy satisfechas por el nacimiento de su hijo, y es por ello, que las madres se sienten escépticas de revelar sus sentimientos e incluso sienten temor y vergüenza en contar a otras personas los sentimientos contrarios que presentan. Es por ello, que

para realizar el diagnóstico de forma oportuna y correcta, lo cual, es de vital importancia para evitar que muchos casos de Blues materno progresen a la depresión post parto y de ella, algunos a la psicosis puerperal, es necesario contar con información acerca de algunas características de la mujer como (Bazako, 2017):

- Conocer su Historia Clínica completa.
- Identificar si la mujer pertenece o se encuentra en alguno de los grupos de riesgo, es decir, si presenta algún aspecto o situación biopsicosocial que pudiera predecir un mayor riesgo de presentar el Blues materno.
- Brindar a ambos miembros de la pareja información adecuada acerca de los síntomas y los posibles sentimientos que podrían caracterizar al Blues materno.
- Promover una buena comunicación y relación entre los profesionales de la salud y la paciente.

Se han desarrollado varias escalas que los profesionales de la salud pueden emplear como herramienta para evaluar y detectar la presencia o el grado de expresión del Blues materno y otros constructos similares como de Depresión postparto, entre las más conocidas destacan (Bazako, 2017):

- **Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (EPDS):** Es la escala más utilizada y la que más estudios realizados tiene para mostrar su validez. La EPDS es una escala concebida para identificar los síntomas depresivos que aparecen tras dar a luz y no para diagnosticar la depresión postparto, fue creada por J.L.Cox en 1987 y está compuesta por 10 ítems, cada uno de los cuales se puntúa del 0 al 3, según la gravedad sintomática. La puntuación mínima que se puede conseguir es 0 y la puntuación máxima que se puede alcanzar es de 30 puntos. Aplicada en los primeros días luego del parto, permite identificar la presencia de síntomas de Blues materno.

- **Blues Questionnaire: Kennerley:** El Cuestionario Blues de Kennerley fue creado en 1989 en base a métodos psicométricos y sistemáticos, es la escala más utilizada para evaluar el Blues materno durante la primera semana después del parto. Se ha recomendado que sea aplicada diariamente en los primeros 7-10 días posteriores al parto. La escala está formada por 28 ítems, cada uno de los cuales indica una sensación emocional, ocho de los cuales evalúan sensaciones positivas y los veinte restantes de sensaciones negativas. Para realizar la escala la mujer que está rellenándola debe indicar la respuesta “sí” cuando el sentimiento está presente durante el día y “no” si está ausente. Para valorar, a los ocho sentimientos positivos se les dan una puntuación de 0 si el sentimiento está presente y una puntuación de 1 si está ausente. Para los 20 ítems negativos se puntúa a la inversa, es decir, con un 0 si la sensación no se presenta durante el día y de 1 si está presente, por lo que la puntuación máxima que se puede alcanzar al realizar la escala es de 28 puntos, que se expresa como porcentaje y mientras más alta sea esa puntuación mayor número de síntomas del Blues materno que presenta la mujer. Luego la calificación final se realiza en función del puntaje y se considera que las mujeres tienen Blues materno si los valores medios porcentuales se encuentran por encima de la media del puntaje. Una desventaja de esta prueba es su necesidad de aplicarla diariamente durante la primera semana del parto, por las dificultades prácticas que implica el acceso a las mujeres durante todos los días de la semana (Edhborg, 2008).
- **Stein Blues Scale:** Escala de autoevaluación que consta de 13 ítems, creada en 1980, para evaluar la presencia de Blues materno. Los 13 ítems brindan las puntuaciones día a día, y su valor es diferente dependiendo del síntoma evaluado. La puntuación máxima que se puede alcanzar es de 26 puntos y la mínima 0 puntos. Si la suma de las puntuaciones de un día se encuentra entre 3-8 puntos, el postparto blues sería moderado, y si la puntuación alcanza 9 puntos o más, indican Blues materno grave (Takahashi y Tamakoshi, 2014).

- **Escala del Blues Materno de Lima (EBML):** En la escala del Blues materno de Lima (2009) se identifican los síntomas más relevantes del Blues materno lo cual facilita su evaluación, su principal característica es la puntuación continua, que permite identificar la presencia y /o el riesgo de padecer el Blues materno (Contreras, Mori, Lam, Villanueva, Camposano, Leccaet. al, 2011). La escala debe realizarse a lo largo de los primeros días del puerperio. La escala posee buenas características psicométricas. Su confiabilidad es óptima ya que su coeficiente Alfa de Cronbach se sitúa en 0.86, y se considera que este coeficiente debe encontrarse entre el 0.7-0.9 para que la confiabilidad se encuentre en niveles aceptables. Además nos indica que las mujeres que tienen alta puntuación en la escala, tienen mayor riesgo de no lograr un desarrollo pleno de la maternidad, lo cual le puede ocasionar otros problemas, como infelicidad con la maternidad, poca afinidad con él o la recién nacida, problemas con la lactancia materna, entre otros (Contreras, et al. 2011).

Tratamiento

La eficacia de las intervenciones psicoterapéuticas en el manejo del Blues materno, ha sido demostrada fuertemente mediante datos empíricos, de allí que constituye el tratamiento recomendado como de primera línea por el menor riesgo de efectos secundarios en el recién nacido, respecto del uso de psicofármacos en mujeres lactantes. La efectividad dela hormonoterapia no ha sido concluyente y no es recomendable su uso por las posibles implicancias en la lactancia materna (Mendoza y Saldivia, 2015).

Aspectos Psicosociales

Los aspectos psicosociales son distintas características del entorno psicológico y social de la persona, que pueden tener diverso grado de influencia en el estado de salud, enfermedad, bienestar y calidad de vida. Para el estudio consideramos los aspectos psicosociales como todas aquellas situaciones que se presentan durante el embarazo, y que pueden afectar directamente la salud física, psicológica o social de la gestante.

Con referencia a los aspectos psicosociales del Blues materno, algunos estudios señalan que el modo en que la madre viviera su infancia puede repercutir de manera directa en la gestación, puesto que en esta etapa, la mujer se encuentra particularmente sensible y evoca recuerdos de su infancia, de manera tal, que si estos recuerdos le evocan situaciones placenteras o agradables y si los recuerdos le traen gratitud, entonces se imaginará con mucha ilusión y alegría la llegada y la infancia del bebé que espera. Por el contrario, si la infancia de la mujer le generó traumas o fue triste, entonces esa situación le rememora traumas que la motivan a querer interrumpir el embarazo o presentar desde el inicio signos de desajuste como hiperémesis gravídica, angustia o depresión (Romero, Fernández y Gay, 2012).

Además, Carrascón, García, Ceña, Fornés y Fuentelsaz (2006), han señalado, que las mujeres pueden tener la sensación subjetiva de falta de apoyo para realizar sus actividades domésticas y para cuidar al hijo, así como insuficiente apoyo emocional generalmente por la pareja u otros familiares cercanos, en especial la propia madre, quien es la persona que se espera le brinde mayor apoyo para ella y su bebé, sin embargo, por distintas circunstancias muchas mujeres no pueden disfrutar de este apoyo y esto propicia que se incremente la sensación de vulnerabilidad, miedo y el riesgo de presentar trastornos en el estado de ánimo. Ante esta situación, es necesario que exista una buena relación entre los profesionales de la salud y la mujer porque representa un factor protector (Marín, Bullones, Carmona, Carretero, Moreno y Peñacoba, 2008). Existen otras situaciones que pueden ocurrir a lo largo del

embarazo o en general, en la vida de la mujer que pueden incrementar su riesgo de sufrir una alteración del estado de ánimo, estas situaciones se denominan situaciones vitales estresantes y las más importantes son: la pérdida de un ser querido, problemas económicos, influencia del embarazo en su situación laboral, por ejemplo, que el embarazo haya ocasionado la pérdida de su trabajo, no contar con licencia por maternidad, o por el simple hecho de que el embarazo y sobre todo, después del nacimiento del hijo, sus estilos o hábitos de ocio, recreación y costumbres cambien de forma sustancial. Además porque en las primeras semanas o meses de la gestación, la mujer se ve en la necesidad de realizar cambios en sus estilos de vida que incluyen adoptar una alimentación más adecuada y balanceada, abandonar hábitos nocivos como el tabaquismo, consumo de alcohol y cafeína o uso de drogas (Reyes, 2008), cambiar sus patrones de actividad física y adaptarse a los cambios que el embarazo le ocasiona a su imagen corporal, entre otras situaciones o cambios, que en el caso de las madres primerizas determinan un cambio importante en su rol social.

Es decir, que los factores psicosociales, son todas aquellas situaciones que se encuentran presentes en una condición o momento de vida, como es el embarazo, y que pueden afectar directamente la salud física, psicológica o social de la persona. Para el estudio se han considerado los siguientes:

Aspectos personales: que son aquellos inherentes a la propia madre como la edad, el nivel de instrucción y la familia con la que vive la madre puerpera. Además se incluirá si la pareja acepta o no el embarazo, si la pareja asume la responsabilidad del cuidado del hijo; abandono de la pareja; si el embarazo fue planificado o deseado y si mantiene relación amorosa con el padre.

Aspectos familiares: se refieren a ciertas características presentes en el entorno familiar de la madre, se incluirá si los padres aceptan el embarazo, si aceptan a la pareja; los padres le brindan apoyo económico; los padres le brindan comprensión y apoyo y relaciones armónicas con los padres.

Aspectos académicos: están referidos a los estudios que la madre realiza, es decir, a su formación académica, incluye el análisis de si la madre continua estudiando, abandono de los estudios, recibe críticas de los compañeros y profesores o si recibe apoyo de los mismos.

Al realizar la búsqueda de antecedentes investigativos se han encontrado los siguientes:

Takahashi y Tamakoshi (2014), Japón, en su estudio intitulado: Factores asociados a la tristeza materna posparto y tendencia a la depresión entre las madres japonesas con niños sanos a término. Señalan que la tristeza de la maternidad y la depresión posparto son problemas comunes de salud mental durante el período postparto temprano. Sin embargo, pocos estudios han examinado los factores asociados con la tristeza de la maternidad y la depresión posparto en las madres sanas con los nacimientos espontáneos de niños sanos a término. Concluyen que las respuestas "Tener un amigo con quien pueda hablar acerca de la vida de la maternidad o de crianza de los hijos" y "bunbenSatogaeri", un sistema de apoyo tradicional japonés en el que el esposo tiene un descanso postnatal se asociaron significativamente con menores puntuaciones de Blues materno. La respuesta "Tener un amigo con quien pueda hablar acerca de la vida de la maternidad o de crianza de los hijos" también se asoció significativamente con las puntuaciones de depresión posparto, aunque la asociación entre la edad de la pareja y estas calificaciones fue marginalmente significativa.

En Corea un estudio realizado por Chung, Yoo y Joung (2013), intitulado: El Blues posparto entre las madres coreanas: un enfoque de modelado de ecuaciones estructurales. El objetivo de este estudio fue proponer el modelo de Blues posparto (MBPP) y estimar los efectos de la autoestima, el apoyo social, la depresión prenatal, y acontecimientos estresantes durante el embarazo en el MBPP. Se recogieron datos

de 249 mujeres post-parto durante su estancia en las unidades de maternidad de tres hospitales de Corea mediante un cuestionario auto administrado. El modelo completo tuvo un buen ajuste y representó el 70,3% de la varianza del MBPP. La depresión prenatal y eventos estresantes durante el embarazo tuvieron efectos directos fuertes en el MBPP. La autoestima y la depresión prenatal también influyeron significativamente. El apoyo social afecta indirectamente a través de la autoestima, la depresión prenatal, y acontecimientos estresantes durante el embarazo.

Grussu y Quatraro (2013) Italia, en su estudio intitulado: tristeza de la maternidad en mujeres primigestas italianas: síntomas y estados de ánimo en los primeros quince días después del parto. Refieren que el Blues de maternidad es la perturbación de ánimo puerperal más comúnmente observado. Durante cada uno de los primeros 15 días después del nacimiento del niño, 36 mujeres primigestas completaron el Cuestionario de Síntomas Kellner (SQ) y el Perfil de Estados de ánimo (POMS). Encontrando que las madres estudiadas mostraron tanto los síntomas psicológicos y los trastornos del estado de ánimo de forma leve. Por el contrario, los síntomas somáticos fueron particularmente agudos en los primeros días después del parto. En este mismo período, los síntomas leves de ansiedad, confusión y desconcierto se puede desarrollar y evolucionar hacia la depresión post parto.

O'Keane, Lightman, Marsh, Papadopoulos, Pawlby, Seneviratne, Taylor y Moore (2011), Inglaterra, en su estudio intitulado: Cambios en el eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal materna durante el puerperio inmediato puede estar relacionado con el Blues posparto, señalan que la mayoría de las mujeres experimentan cambios de humor de duración limitada y específica en el día después del nacimiento conocido como el Blues materno. El eje materno hipotalámico-hipofisario-adrenal (HPA) sufre cambios graduales durante el embarazo debido a un incremento de la producción de la hormona placentaria liberadora de corticotropina (CRH). La retirada brusca de la placenta disminuye abruptamente los niveles de CRH lo que origina un re-equilibrio del eje hipotalámico-hipofisario-adrenal materno en los días posteriores al parto.

Estos cambios pueden estar implicados en la etiología del Blues materno, dado el papel central del eje HPA en la etiología de los trastornos del estado de ánimo en general, y en la depresión perinatal en particular. El objetivo de probar la nueva hipótesis de que la experiencia del Blues materno puede estar relacionado con aumento de la secreción hipotalámica de la hormona adrenocorticotrópica (ACTH), péptidos secretagogos, después de la reducción en la inhibición de retroalimentación negativa sobre el hipotálamo materno causada por la retirada de la placenta. Las concentraciones sanguíneas de CRH, ACTH, cortisol, progesterona y estriol se midieron en 70 mujeres sanas durante el tercer trimestre del embarazo, y en los días 1-6 después del parto. Las puntuaciones del Blues materno fueron evaluadas durante los días de posparto. Los niveles de estriol, progesterona y los niveles de CRH cayeron rápidamente desde el embarazo hasta el día 6, mientras que los niveles de cortisol se redujeron modestamente. Las concentraciones de ACTH disminuyeron desde el embarazo hasta 3 días después del parto y después aumentaron hasta el día 6. Las puntuaciones del Blues materno aumentaron, alcanzando un máximo en el día 5, y se correlacionaron positivamente con ACTH; y una correlación negativa con los niveles de estriol en los días después del parto, y con la reducción de las concentraciones de CRH contra el embarazo. Estos hallazgos apoyan la hipótesis de que la reactivación de péptidos secretagogos y de la secreción hipotalámica de la hormona adrenocorticotrópica puede estar implicado en la etiología del Blues materno.

Un estudio realizado por Contreras, Mori, Lam, Quino, Hinostroza, Espinoza, Gil, y Torrejón (2011), Lima, intitulado: Blues Materno en púerperas de Lima Metropolitana y Callao: Validación de un instrumento y factores asociados. Tuvo como objetivo validar un instrumento de evaluación del Blues materno (BM) y evaluar las variables asociadas a BM, en madres púerperas durante el segundo día postparto. Resultados: La media para BM fue de 6.4 ± 4.8 y las variables asociadas fueron: edad, controles prenatales, tipo de parto, planificación del embarazo, alojamiento conjunto, apoyo social (amigos y familiares) y antecedente de maltrato;

concluye que el Blues materno es una entidad multifactorial con factores determinables en su dinámica y que puede tener repercusiones físicas y psicológicas para la madre y el recién nacido.

El estudio de Contreras, Mori y Lam (2011) Lima, intitulado: El Blues materno. Contextualización, definición y presentación de un instrumento de evaluación. Señala que el Blues materno (BM) es un fenómeno clínico ampliamente reconocido a nivel mundial, que ha concitado mayor interés en los últimos años, señalando que es necesario abordar el proceso perinatal como un fenómeno social donde la madre no es un ente aislado sino un determinante (del desarrollo fetal) y un determinado (de sus relaciones sociales).

Trautmann (2008) realizó un estudio intitulado: Perturbaciones psíquicas postparto pueden los profesionales de la salud ayudar a prevenir efectos negativos a largo plazo, donde refiere que la presencia de perturbaciones psíquicas en el embarazo y puerperio son frecuentes. En muchos casos suelen no ser detectadas y en consecuencia quedar sin tratamiento. Es frecuente observar madres que durante las primeras semanas postparto desarrollan un estado depresivo generalizado, el Blues materno desaparece espontáneamente durante los días siguientes. Su prevalencia llega hasta el 80 por ciento. Sin embargo, pueden sucederle trastornos de ansiedad y sintomatología de tipo obsesivo-compulsiva siendo otros cuadros psicopatológicos frecuentes. Sólo 1-2 de cada 1000 mujeres desarrollan psicosis puerperal. También puede encontrarse con frecuencia el suicidio o suicidio ampliado. La perturbación psíquica postparto diagnosticada con mayor frecuencia es la depresión. Estas patologías no difieren en su etiología ni en su desarrollo de los cuadros que se presentan en otro momento de la vida. Su característica distintiva son los síntomas, relacionados a la maternidad y al bebé y el nacimiento como evento desencadenador. Sus efectos pueden afectar a corto, mediano y largo plazo el desarrollo emocional y cognitivo de los niños. Debido a la baja especificidad de los factores de riesgo y a la estigmatización social es difícil establecer estrategias de prevención efectivas, por eso

es fundamental la detección y tratamiento temprano. Muchas madres afectadas no consultan servicios de salud mental, pero sí recurren a otros profesionales de la salud por aparentes problemas de salud propios o del bebé.

Hipótesis

La presencia de factores psicosociales personales, familiares y académicos se relacionan de forma significativa con el Blues materno en madres atendidas en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz.



CAPÍTULO II: DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de investigación

El presente estudio es de tipo correlacional, porque se establece la relación entre las variables mediante pruebas estadísticas apropiadas para tal fin, y es transversal porque los datos fueron obtenidos en un período de tiempo establecido.

Técnicas e instrumentos

Para la realización del presente estudio se utilizó como técnica la encuesta.

Los instrumentos aplicados fueron los siguientes:

Cuestionario de Factores Psicosociales: este instrumento fue elaborado por las investigadoras en base a los indicadores considerados en la variable: aspectos psicosociales entre los que se incluyen los siguientes:

Factores personales:

- Edad
- Nivel de instrucción
- Familia con la que vive la madre
- La pareja acepta el embarazo
- La pareja asume la responsabilidad del cuidado del hijo
- Abandono de la pareja
- El embarazo fue planificado, deseado
- Mantiene relación amorosa con el padre del niño.

Factores familiares:

- Los padres aceptan el embarazo
- Los padres aceptan a la pareja
- Los padres le brindan apoyo económico
- Los padres le brindan comprensión y apoyo
- Tiene relaciones armónicas con los padres.
- Tiene antecedentes familiares de depresión.

Factores académicos:

- Continúa estudiando
- Abandono de los estudios
- Recibe críticas de compañeros, profesores
- Recibe apoyo de compañeros y docentes.

Este instrumento no requirió validación puesto que era sólo para recojo de información, la misma que presenta variaciones de acuerdo a cada una de las personas encuestadas, y los ítems que lo conforman no recibieron puntaje.

Escala del Blues Materno de Lima (EBML): Es un cuestionario destinado a evaluar los síntomas del Blues materno que incluyen tendencia al llanto, tristeza, angustia, irritabilidad, labilidad del humor y fatiga; esta caracterización coincide con uno de los estudios clínicos desarrollados en este campo. La Escala del Blues materno de Lima (EBML) fue realizada por Contreras, Mori y Lam (2007), quienes diseñaron este instrumento para evaluar el BM: Escala del Blues materno de Lima (EBML). La EBML consta de seis ítems con respuesta tipo Likert de cuatro opciones según frecuencia. Para evaluar psicométricamente los autores utilizaron el coeficiente alfa

de Cronbach, y luego realizaron un análisis dimensional y de correlación ítem-total, mediante el coeficiente de correlación de Pearson.

Contreras y cols (2009), señalan que se dice que la confiabilidad de un cuestionario es óptima si el coeficiente Alfa de Cronbach se encuentra entre 0.7 y 0.9. El instrumento utilizado (EBML) mostró una alta consistencia interna (Alfa de Cronbach: (0.86). Del estudio psicométrico aplicado a la EBML se puede resaltar su consistencia teórica (factorial) y psicométrica, lo que constituye a la EBML como un cuestionario confiable, y posiblemente válido, para ser utilizados en la identificación de lo que pretende medir: Blues materno. La EBML ha sido validada en puérperas adultas, en un estudio multicéntrico que involucró un total de 772 puérperas de Lima y Callao. También ha sido validada en puérperas adolescentes, en un estudio realizado en el Instituto Nacional Materno Perinatal que involucró 298 puérperas adolescentes. En ambas investigaciones, se demostró que la EBML posee excelentes características psicométricas, siendo un instrumento válido para ser utilizado en razón de medir el BM. La característica principal de la escala es que arroja un puntaje continuo que permite identificar un mayor o menor riesgo de Blues materno, que luego podría en algunos casos derivar en la depresión post parto (Contreras y cols, 2011).

Este instrumento ha sido diseñado usando el método de despistaje para Blues materno al que algunos autores denomina también distimia materna, se evalúa mediante la autoaplicación, que consta de seis preguntas con cuatro opciones de respuesta cada uno: No en lo absoluto (0 puntos), No muy a menudo (1 punto), sí, bastante a menudo (2 puntos) y Sí, casi siempre (3 puntos), es decir, que las opciones tienen un puntaje que varía de 0 a 3 puntos, de acuerdo a la frecuencia de los síntomas, de modo que al final de la prueba, el puntaje varía entre 0 a 18 puntos (Contreras y cols, 2011).

El puntaje se obtiene sumando el puntaje que otorgan a cada ítem y luego de acuerdo a los resultados obtenidos se puede clasificar a la puérpera en tres grupos (Contreras y cols, 2011):

Puntaje de 0 – 6: bajo riesgo de Blues materno.

Puntaje de 7 – 12: riesgo intermedio de Blues materno.

Puntaje de 13 – 18: riesgo alto de Blues materno.

Población y Muestra

Población

La población estuvo constituida por las mujeres puérperas que acudieron al Centro de Salud Maritza Campos Díaz, tanto para la atención para ella misma o para el recién nacido. La población es de 150 madres que acuden en promedio en forma mensual al Centro de Salud y que cumplían los siguientes criterios:

Criterios de inclusión:

Mujeres puérperas cuyo parto había sido de tres a veinte días antes de la fecha en que se aplicaron los instrumentos.

Mujeres puérperas con edades comprendidas desde los 15 años.

Mujeres primíparas o multíparas.

Mujeres que aceptaron participar en el estudio.

Mujeres que hablaban castellano.

Criterios de exclusión:

Mujeres con diagnóstico previo de enfermedades mentales (depresión, trastorno de ansiedad, u otras).

Mujeres con recién nacidos que presentaban malformaciones u otras condiciones médicas.

La muestra de estudio estuvo conformada por 115 madres puérperas que cumplieron los criterios de inclusión.

Estrategias de recolección de datos

Después de que el proyecto fue aprobado, se solicitó al Decano del Programa Profesional de Psicología una carta de presentación de las investigadoras dirigida al Director del Centro de Salud Maritza Campos Díaz, para que dicho establecimiento de salud, nos autorizará la realización de la investigación, facilitándonos el campo clínico.

En el Centro de Salud se realizaron las coordinaciones necesarias con el personal que atendía a las mujeres puérperas que acudieron al mismo, tanto para atención propia como del recién nacido. La población de estudio fue captada diariamente y se les solicitó su participación previa explicación del propósito de la investigación. La etapa de recolección de datos tuvo una duración de seis semanas, luego de las cuales se realizó la tabulación de los datos y el análisis estadístico de los mismos. Los resultados fueron presentados en tablas y gráficos. El estudio se realizó durante los meses de junio del 2016 al mes de setiembre del 2017.

Criterios de procesamiento de información

Los datos obtenidos fueron tabulados en una matriz de Excel y luego se realizó el análisis estadístico. Para establecer la significancia de los resultados se aplicó la prueba t para variables ordinales y la prueba de Ji cuadrado para las variables nominales.



CAPÍTULO III

RESULTADOS

Tabla 1
Edad de las madres

Edad de las madres (años)	Nº	%
13 – 19	14	12,17
20 – 29	53	46,09
30 – 39	41	35,65
40 – 49	6	5,22
50 a más	1	0,87
Total	115	100

En la tabla N° 1, se puede observar que las edades de las madres se distribuyen desde los 13 años hasta los 53 años, los porcentajes más altos se presentan entre las madres con edades entre los 20 a 39 años (81,74%), además tenemos que el 12,17% de madres son adolescentes y el 6,09% son madres añosas. La edad promedio encontrada en nuestro estudio fue 28,08 años.

Tabla 2
Nivel de instrucción de las madres

Nivel de instrucción	Nº	%
Ninguno	4	3,48
Primaria	14	12,17
Secundaria	48	41,74
Superior	49	42,61
Total	115	100

En la tabla N° 2, se puede observar que el nivel de instrucción más frecuente en las madres es superior y secundaria que representan al 84,35% de madres, el 12,17% tiene instrucción primaria y sólo el 3,48% carece de nivel de instrucción.

Tabla 3

Familia con la que viven las madres

Familia con la que vive	Nº	%
Padres	10	8,70
Padres y hermanos	24	20,87
Sólo la madre	10	8,70
Sólo con el padre	1	0,87
Con su pareja	49	42,61
Familia extensa	14	12,17
Vive sola	7	6,09
Total	115	100

En la tabla N° 3, se puede observar que la mayoría de madres viven con su pareja (42,61%), con sus padres y hermanos el 20,87%, además el 12,17% de madres refirió que viven con su familia extensa, porcentajes similares de 8,70% viven con los padres o sólo con la madre, el 6,09% de madres viven solas con su hijo, entre otros.

Tabla 4
Factores personales de las madres

	Sí		No		Total	
Factores personales	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Su pareja aceptó el embarazo	87	75,65	28	24,35	115	100
Su pareja asumió la responsabilidad del cuidado de su hijo	83	72,17	32	27,83	115	100
Su pareja la ha abandonado	37	32,17	78	67,83	115	100
El embarazo fue planificado, deseado	40	34,78	75	65,22	115	100
Actualmente mantiene relación amorosa con el padre de su hijo	76	66,09	39	33,91	115	100

En la tabla N° 4, se puede observar que entre los factores personales de las madres, destacan que más del 70% de parejas aceptaron el embarazo y asumieron su responsabilidad para el cuidado del hijo, el 66,09% de madres mantienen una relación amorosa actual con el padre de su hijo, mientras que el 32,17% de madres han sido abandonadas por la pareja, en el 65,22% de casos, el embarazo no fue planificado, deseado.

Tabla 5
Factores familiares de las madres

Factores familiares	Sí		No		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sus padres aceptaron el embarazo	84	73,04	31	26,96	115	100
Sus padres aceptan a la pareja	67	58,26	48	41,74	115	100
Sus padres le brindan apoyo económico	44	38,26	71	61,74	115	100
Sus padres le brindan comprensión y apoyo	93	80,87	22	19,13	115	100
La madre tiene relaciones armónicas con sus padres	95	82,61	20	17,39	115	100
A alguno de sus familiares le han diagnosticado depresión	38	33,04	77	66,96	115	100

En la tabla N° 5, se puede observar que más del 80% de madres tienen apoyo y comprensión, así como relación armónica con sus padres, en el 73,04% de encuestadas señalaron que sus padres aceptaron el embarazo, aunque en bastantes casos indican que al principio no lo aceptaron y progresivamente lo fueron haciendo, el 58,26% de padres aceptan a la pareja de las madres encuestadas, el 61,64% de madres no reciben el apoyo económico de sus padres y el 66,96% refirió que no habían diagnosticado depresión a alguno de sus familiares.

Tabla 6
Factores académicos de las madres

Factores académicos	Sí		No		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Continua estudiando	10	8,70	105	91,30	115	100
Por el embarazo ha tenido que dejar sus estudios	26	22,61	89	77,39	115	100
Por el embarazo ha recibido críticas de sus compañeros de estudios o profesores	13	11,30	102	88,70	115	100
Ha recibido apoyo de sus compañeros o profesores	21	18,26	94	81,74	115	100

En la tabla N° 6, se puede observar que los factores académicos son los menos incidencia tienen en las madres púerperas, así vemos que el 91,30% de madres ya no continua estudiando, mientras que en las madres que se encuentran todavía en el colegio o cursando estudios superiores, el 8,70% lo sigue haciendo, el 77,39% no ha tenido que dejar los estudios por el embarazo y el 22,61% si ha dejado los estudios; el 88,70% de madres no ha recibido críticas por parte de sus compañeros o profesores a consecuencia del embarazo y el 11,30% si ha recibido críticas, finalmente el 81,74% no ha recibido apoyo de sus compañeros o profesores y el 18,26% sí lo ha recibido.

Tabla 7***Niveles de riesgo de Blues materno en las madres***

Niveles de riesgo de Blues materno	Nº	%
Riesgo bajo	35	30,43
Riesgo intermedio	54	46,96
Riesgo alto	26	22,61
Total	115	100

En la tabla N° 7, se puede observar que el 46,96% de madres tienen nivel de riesgo intermedio de Blues materno, el 30,43% tienen nivel de riesgo bajo y alto el 22,61%.

Tabla 8
Aspectos psicosociales personales relacionados con el Blues materno en las madres

Factores Personales	Blues materno		Bajo (35) N°%		Intermedio (54) N° %		Alto (26) N° %		X²P
Pareja acepto el embarazo									
Si	33	94,28	39	72,22	15	57,69	9,4839	< 0,05*	
No	2	5,72	15	27,78	11	42,31			
Pareja asumió la responsabilidad del cuidado de su hijo									
Si	31	88,57	39	72,22	13	50,00	6,7360	< 0,05*	
No	4	11,43	15	27,78	13	50,00			
Su pareja la ha abandonado									
Si	5	14,29	19	35,19	13	50,00	7,3775	< 0,05*	
No	30	85,71	35	64,81	13	50,00			
Embarazo fue planificado, deseado									
Si	20	57,14	17	31,48	1	3,85	13,2071	< 0,05*	
No	15	42,86	37	68,52	25	96,15			
Mantiene relación amorosa con el padre de su hijo									
Sí	29	82,86	37	68,52	11	42,31	5,7494	<0,05 *	
No	6	17,14	17	31,48	15	57,69			

En la tabla N° 8, se puede observar que todos los factores psicosociales personales se relacionan de forma significativa con el riesgo de Blues materno ($p < 0,05$), los riesgos moderados y altos se ven con más frecuencia entre las madres cuya pareja no acepto el embarazo, en las que la pareja no asumió la responsabilidad del cuidado de su hijo, en las madres que fueron abandonadas por sus parejas, en las madres cuyos embarazos no fueron planificados ni deseados, mientras que el riesgo de Blues materno es más bajo en las madres que mantienen una relación amorosa actual con el padre de su hijo, y el riesgo es alto en las madres que no tienen relación amorosa con el padre de su hijo.



Tabla 9
Aspectos psicosociales familiares relacionados con el Blues materno en las madres

Factores Familiares	Blues materno		Bajo (35) Nº%		Intermedio (54) Nº %		Alto (26) Nº %		X²P
Padres aceptaron el embarazo									
Si	33	94,28	38	70,37	15	57,69	10,148< 0,05*		
No	2	5,72	16	29,63	11	42,31			
Padres aceptan la pareja									
Si	28	80,00	32	59,26	7	26,92	9,7778< 0,05*		
No	7	20,00	22	62,86	19	73,08			
Padres le brindan apoyo económico									
Si	11	31,43	24	44,44	9	34,62	0,9942		
No	24	68,57	30	55,56	17	65,38			
Padres le brindan comprensión y apoyo									
Si	34	97,14	44	81,48	14	53,85	9,2411< 0,05*		
No	1	2,86	10	18,52	12	46,15			
Relaciones armónicas con sus padres									
Sí	34	97,14	46	85,18	17	65,38	6,2389<0,05 *		
No	1	2,86	8	14,81	9	34,61			
Diagnóstico de depresión en familiares									
Sí	9	25,71	21	38,89	7	26,92	0,9620		
No	26	74,29	33	61,11	19	73,08			

En la tabla N° 9, se puede observar que los factores psicosociales familiares que se relacionan de forma significativa con el riesgo de Blues materno son la aceptación del embarazo por parte de los padres, la aceptación de la pareja por parte de los padres, la comprensión y apoyo brindado por los padres y las relaciones armónicas que la madre mantiene con sus padres ($P < 0,05$). Cabe señalar que los riesgos más bajos de Blues materno se observa en las madres cuyos padres aceptaron el embarazo, aceptan a la pareja, que le brindan comprensión y apoyo y si tienen relaciones armónicas con los padres, mientras que los riesgos más altos se dan con las madres en quienes no cumplen esas condiciones familiares.



Tabla 10
Aspectos psicosociales académicos relacionados con el Blues materno en madres

Factores académicos	Blues materno		Bajo (35)		Intermedio (54)		Alto (26)		X ² P
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Continua estudiando									
Si	5	14,29	3	5,56	2	7,69			1,9802
No	30	85,71	51	94,44	24	92,31			
Por el embarazo ha dejado sus estudios									
Si	4	11,43	11	20,37	12	46,15			4,0661 < 0,05*
No	31	88,57	43	79,63	14	53,85			
Por el embarazo ha recibido críticas de sus compañeros, profesores									
Si	0	0,00	7	12,96	6	23,08			6,4124 < 0,05*
No	35	100,00	47	87,04	20	76,92			
Ha recibido apoyo de compañeros y profesores									
Si	7	20,00	10	18,52	4	15,38			0,1020
No	28	80,00	44	81,48	22	84,61			

En la tabla N° 10, se puede observar que los factores académicos que asociados con el riesgo de Blues materno son, haber dejado los estudios por el embarazo y haber sido criticada por compañeros y profesores por su embarazo, en las madres que han presentado estas situaciones se observa mayor nivel de riesgo de Blues materno.

Discusión

En la tabla No 1 se observó que las edades de las madres se distribuyen desde los 13 años hasta los 53 años, destacando que los grupos etáreos más frecuentes se encuentran comprendidos entre los 20 a 39 años, siendo el promedio de 28,8 años, pero también hemos encontrado que el 12,17% son madres adolescentes, lo cual constituye un problema de salud pública frente al cual se vienen realizando denodados esfuerzos por parte de las autoridades competentes para tratar de controlar esta situación, sin embargo, el problema se sigue acrecentando y cada vez más afecta a mujeres de menor edad, como el caso de nuestro estudio en el que hemos encontrado varias adolescentes que a los 13 años ya son madres, y esta situación no sólo vulnera su capacidad o proceso de desarrollo físico, social, emocional y mental adecuado, sino que agrega consecuencias que afectan su capacidad de asumir el rol de madre, el apego temprano que debe tener con su hijo, así como el cuidado del mismo y el propio cuidado de la madre. En contraparte tenemos un porcentaje de 6,09% de madres que tienen edades de 40 años a más, habiendo encontrado una edad máxima de 53 años.

En la tabla N° 2, se observó que el nivel de instrucción de más del 80% de madres fue superior y secundaria, hallazgo que coincide con los resultados estadísticos de población emitidos por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (2013), que señala que en Arequipa la mayoría de mujeres tienen instrucción secundaria y superior, aunque con predominio del nivel secundario. También hemos encontrado madres que tienen instrucción primaria y algunas que no tienen ningún nivel de instrucción, y este resultado nos permite comentar que el nivel de instrucción que la mujer puede alcanzar muchas veces se ve mellado por la maternidad precoz, es conocido que muchas adolescentes que salen embarazadas debido a la falta de apoyo familiar y situaciones de críticas en los centros educativos abandonan los estudios para dedicarse a la crianza del hijo y esta situación determina que muchas de ellas no concluyan los estudios secundarios, en cuyo caso tendrán sólo nivel de instrucción

primaria, porque de acuerdo a las leyes peruanas, el nivel de instrucción es considerado de acuerdo al nivel educativo concluido; en otros casos en mujeres que han concluido la instrucción secundaria y se encontraban cursando estudios superiores deben abandonar los estudios por falta de apoyo o medios económicos. Consideramos que en un país como el nuestro, en que las oportunidades laborales son muy bajas para personas que no han concluido los estudios escolares o en quienes no cuentan con estudios superiores, la falta de salarios dignos y acordes a la canasta familiar, las pocas oportunidades de estudios universitarios de calidad que tienen muchas personas, la falta de estabilidad laboral, entre otras situaciones, afectan enormemente a las mujeres y más aún cuando son madres a temprana edad, siendo un factor que limita su potencial de desarrollo humano.

En la tabla N° 3, se observó que la mayoría de madres encuestadas viven con su pareja (42,61%) y el 29,57% vive con sus padres, el 12,17% vive con la familia extensa, el 9,57% procede de familias monoparentales y 6,09% vive sola; este resultado explica que la mayoría de mujeres que viven con sus parejas son aquellas que tienen edades mayores a los 20 – 25 años, mientras que casi todas las madres adolescentes viven con sus padres o la familia extensa.

En la tabla No 4, se observó que los factores personales que se presentan con más frecuencia son: que la pareja haya aceptado el embarazo y asumido la responsabilidad en el cuidado del hijo, aunque en muchos casos la pareja asume la responsabilidad pero no vive ni mantiene una relación amorosa con la madre y en varios casos la madre es abandonada por la pareja, un hecho muy común, es que el embarazo no haya sido planificado ni deseado, y quizá esto sea la situación que propicia el abandono de la pareja.

Estos resultados concuerdan con los hallazgos obtenidos en el estudio de Contreras y cols,(2011), quienes reportan que la mayoría de madres han tenido embarazos no planificados y muchas presentan falta de apoyo de la pareja en la responsabilidad del

cuidado del hijo, lo cual, puede tener repercusiones físicas y psicológicas para la madre y el recién nacido.

En la tabla No 5 hemos observado que en la mayoría de casos, los padres aceptaron el embarazo, sin embargo, muchas mujeres señalaron que la aceptación del embarazo ha sido posterior, sobre todo en el caso de las madres adolescentes, los padres no aceptaron la gestación hasta casi la fecha del parto y en muchos otros casos, a pesar del nacimiento del bebé, todavía no lo aceptan, e incluso, ha habido madres que señalan que debieron salir del hogar de los padres a consecuencia de la gestación y que hasta la fecha no tiene contacto con los padres. En tal sentido se puede comentar que justamente esta consecuencia suele tener el embarazo en las adolescentes, la falta de apoyo y aceptación de los padres, lo que constituye el punto de partida para que exista abandono de los estudios, falta de apoyo económico y muchos otros problemas sociales que a nivel de Atención Primaria de Salud, debemos mejorar, si queremos tener una sociedad más desarrollada, justa y equitativa.

Entre los factores familiares también destaca, que un poco más de la mitad de padres aceptan a la pareja, la mayoría no brinda apoyo económico a sus hijas, esto debido a que muchas de las madres que ya son mayores de 20 – 25 años y que viven con sus parejas ya son independientes económicamente y no requieren el apoyo económico de los padres, pero en el caso de las adolescentes, ha habido madres que sí reciben apoyo y otras que no lo tienen, por lo que su situación económica es deficiente. Más del 80% de madres si cuentan con la comprensión y apoyo de sus padres, así como mantienen relaciones armónicas con ellos, este resultado, nos permite comentar, que si bien es comprensible que los padres atraviesen un shock emocional importante cuando la hija adolescente se embaraza, sin haber concluido los estudios y sin tener estabilidad física, psicológica, de pareja y laboral, al principio se molestan, incluso le pueden quitar el apoyo, pero progresivamente de manera resiliente van aceptando la situación y cuando nace el nieto, le brindan amor y cuidado, integrándolo a la familia extensa.

Un resultado que también fue resaltante es que la mayoría de madres señalaron que no tenían antecedentes de depresión en la familia. Sin embargo, algunos estudios han señalado que este antecedente constituye un factor de riesgo para el desarrollo de Blues materno y depresión post parto. Así por ejemplo, los estudios de O'Hara(2013), Roy-Byrne, (2014), refieren que un factor de riesgo para el desarrollo de Blues materno, es el historial depresivo en la familia.

En la tabla N° 6, se observó que varias madres puérperas señalaron que a consecuencia del embarazo no han podido seguir estudiando, que han tenido que dejar sus estudios secundarios o superiores, que han sido criticadas por sus compañeros y profesores, aunque también señalan que después han recibido apoyo por parte de ellos. Al respecto se puede reiterar lo dicho anteriormente, que el embarazo en edades no adecuadas biológica, psicológica ni socialmente adecuadas, como es el caso de las adolescentes ocasiona consecuencias educativas importantes, porque la mayoría de madres deben interrumpir sus estudios, lo cual les resta oportunidades de desarrollo laboral.

En la tabla N° 7, observamos que el nivel de riesgo de Blues materno es bajo en 30,43%, intermedio en 46,96% y alto en 22,61%, distintos autores (Trautmann, 2008, Contreras y cols, 2011, Grussu y Quatraro, 2013), señalan que la frecuencia de Blues materno es casi innegable en aquellas personas que tienen riesgo intermedio y alto, debido a que su diagnóstico precisa también de evaluaciones clínicas, que no se han realizado en el presente estudio, por tanto, sólo podemos hablar de niveles de riesgo y no de diagnósticos definitivos, al igual que ocurre con el diagnóstico de depresión post parto mediante cuestionarios ad hoc, pues sus resultados no confirman el diagnóstico porque se requieren otras evaluaciones tanto clínicas como laboratoriales, pero hemos encontrado en nuestro estudio, que el 69,57% de madres podría estar presentando Blues materno de manera confirmada, así como muchas de las que tienen riesgo bajo, resultado que es similar al reportado en el estudio de Chung, Yoo y Joung (2013), quienes encontraron una frecuencia de Blues materno de 70,3%; de manera similar el estudio de Contreras y cols. (2011), encontraron que el 60,4% de

madres presentaban Blues materno, por otra parte Trautmann (2008), reporta que la prevalencia de Blues materno llega hasta el 80%. El estudio de Watanabe et.al, (2008) reporta que la prevalencia de BM oscila entre un 40 a 60%, hallazgo similar al encontrado en nuestro estudio.

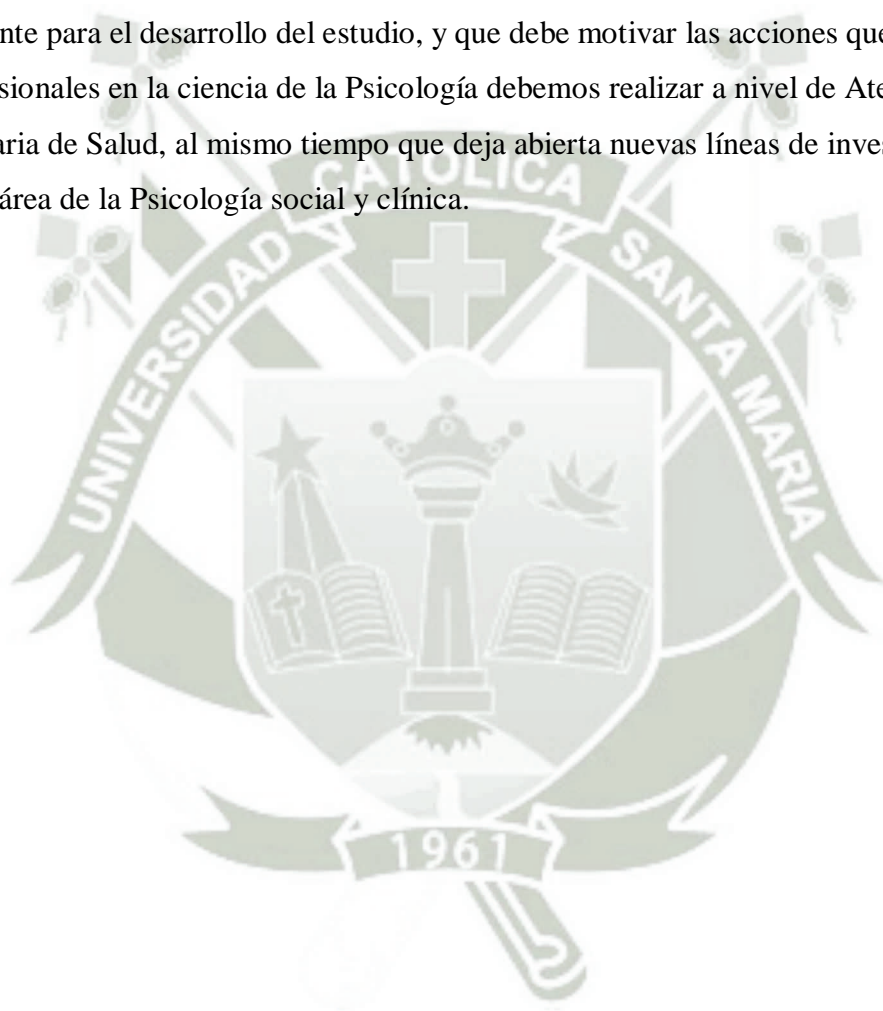
En la tabla N° 8, se observó que todos los factores psicosociales personales se relacionan de forma significativa con el riesgo de Blues materno ($p < 0,05$), los riesgos moderados y altos se ven con más frecuencia entre las madres cuya pareja no acepto el embarazo, en las que la pareja no asumió la responsabilidad del cuidado de su hijo, en las madres que fueron abandonadas por sus parejas, en las madres cuyos embarazos no fueron planificados ni deseados, a diferencia de las madres que viven con sus parejas, quienes tienen riesgo menor de Blues materno.

En la tabla N° 9, se observó que los factores psicosociales que influyen en el riesgo de Blues materno son la aceptación del embarazo por parte de los padres, la aceptación de la pareja por parte de los padres, la comprensión y apoyo brindado por los padres y las relaciones armónicas que la madre mantiene con sus padres ($P < 0,05$). Mientras que contar con el apoyo de los padres disminuye el nivel de riesgo de Blues materno.

En la tabla No 10, se observó que los factores académicos que influyen en el riesgo de Blues materno son, haber dejado los estudios por el embarazo y haber sido criticada por compañeros y profesores por su embarazo, es decir, que los factores académicos son los que menos incidencia tienen en el Blues materno, hallazgo que explicamos porque la mayoría de madres se encuentran en edades mayores a las comprendidas en el rango de los estudios escolares o superiores.

Finalmente, debemos destacar que la importancia del estudio, radica en que se ha investigado un constructo no explorado aun en Arequipa y en general son pocos los estudios nacionales e internacionales sobre el tema, sin embargo, creemos que tiene mucha importancia porque el Blues materno ha sido considerado como un factor

predictor de Depresión postparto, la cual, es una entidad clínica reconocida que afecta la salud física, mental y emocional de la madre y supone grandes riesgos para el bebé, pero además, porque de acuerdo a los autores como Contreras y cols, (2011), las mujeres que presentan Blues materno, no pueden tener un desarrollo pleno de la maternidad, lo cual le puede ocasionar otros problemas, como infelicidad con la maternidad, poca afinidad con él o la recién nacida, problemas con la lactancia materna, entre otros, observaciones que compartimos totalmente y que constituyen el aliciente para el desarrollo del estudio, y que debe motivar las acciones que como profesionales en la ciencia de la Psicología debemos realizar a nivel de Atención Primaria de Salud, al mismo tiempo que deja abierta nuevas líneas de investigación en el área de la Psicología social y clínica.



Conclusiones

Primera. Los niveles de riesgo de Blues materno en las madres evaluadas son intermedio y bajo.

Segunda. Los aspectos psicosociales que se relacionan negativamente con la presencia del Blues Materno son la aceptación del embarazo por parte de la pareja y si la pareja asumió la responsabilidad del cuidado del hijo.

Tercera. Los aspectos psicosociales que se relacionan positivamente con la presencia del Blues Materno son el abandono por parte de la pareja, el embarazo no planificado ni deseado y no mantener una relación amorosa actual con el padre del hijo.

Cuarta. Los aspectos psicosociales familiares relacionados con el Blues materno son la aceptación del embarazo por parte de los padres, la falta de aceptación de la pareja por parte de los padres, la falta de comprensión y apoyo por parte de los padres y la ausencia de relaciones armónicas con los padres.

Quinta. Los aspectos psicosociales académicos relacionados con el Blues materno son haber dejado los estudios por el embarazo y haber recibido críticas por parte de los compañeros y profesores por el embarazo.

Sugerencias

Primera. Al personal de salud que atiende a las gestantes que acuden al Centro de Salud Maritza Campos Díaz, se sugiere que identifiquen los factores de riesgo relacionados al Blues materno, para que puedan realizar actividades de educación para la salud mental orientadas a promover un adecuado ajuste emocional durante el embarazo.

Segunda. A la Dirección del Centro de Salud, se sugiere tomar en cuenta los resultados del presente estudio, debido a la alta frecuencia encontrada de Blues materno para que se instaure la evaluación de todas las puérperas mediante la Escala de Blues materno de Lima.

Tercera. Asimismo, se sugiere que una vez identificados los casos, estos sean derivados a los profesionales psicólogos del establecimiento, quienes además de realizar un diagnóstico definitivo, deberán instaurar el tratamiento oportuno y personalizado, derivando a los casos más graves al médico psiquiatra, por la posibilidad de que presenten depresión postparto.

Cuarta. Es necesario realizar nuevos estudios sobre el tema, de manera que se puedan identificar otros factores de riesgo del Blues materno, así como la progresión del mismo a la depresión postparto.

Referencias

- Armenjol R., Chamarro A. & García M. Aspectos psicosociales en la gestación: el Cuestionario de Evaluación Prenatal. *Rev. Anales de psicología* 2007, vol. 23, n° 1, 25-32.
- Bazako, K. (2007). Análisis de Escalas diagnósticas para la identificación del postparto blues. Universidad del País Vasco.
- Carrascón A., García S., Ceña B., Fornés M. & Fuentelsaz C. (2006). Detección precoz de la depresión durante el embarazo y el postparto. *Rev. Matronas Profesión*; 7 (4): 5-11.
- Contreras H., Mori E., Lam N., Quino K., Hinojosa W., Espinoza E., Gil E. & Torrejón E. (2011). Blues Materno en púerperas de Lima Metropolitana y Callao: Validación de un instrumento y factores asociados. Estudio multicéntrico en cinco hospitales, 2009. *Rev. peru. epidemiol.* (Online);15(2):1-8.
- Contreras H., Mori E. & Lam N. (2011). El Blues Materno. Contextualización, definición y presentación de un instrumento de evaluación. *Rev. peru. epidemiol.* (Online);15(2):1-3.
- Chung S; Yoo Y. & Joung H. (2013). Post-partum blues among Korean mothers: a structural equation modelling approach. *Int J Ment Health Nurs*;22(4):359-67, Aug. Australia.
- Dawson B., Trapp R. (2005). *Bioestadística Médica*. 4ta edición. México. Manual Moderno.
- Edhborg M. (2008). Comparisons of different instruments to measure blues and to predict depressive symptoms 2 months postpartum: a study of new mothers and fathers. *Scand J Caring Sci*;22(2):186-195.
- Garzón D., Contreras E. (2006). *Lo humano de la comunicación*. 2da edición. Bogotá.

- Groera M. (2007). Immune, health and endocrine characteristics of depressed postpartum mothers. *Psychoneuroendocrinology*; 32, 133-139.
- Grussu P. & Quatraro M. (2013). Maternity blues in Italian primipara women: symptoms and mood states in the first fifteen days after childbirth. *Health Care Women Int*; 34(7):556-76, 2013. Inglaterra.
- Leuner B, Mirescu C, Noiman L, Gould E. (2007). Maternal Experience Inhibits the Production of Immature Neurons in the Hippocampus During the Postpartum Period Through Elevations in Adrenal Steroids Hippocampus. *American Journal of Psychiatry* 17: 434-442.
- Marín D., Bullones M^a A., Carmona J., Carretero M^a I., Moreno M^a A. & Peñacoba C. (2008). Influencia de los factores psicológicos en el embarazo, parto y puerperio. Un estudio longitudinal. *NURE Investigación*; 2 (37): 214 - 218.
- Matthey S, Lee C, Črnčec R, Trapolini T. (2013). Errors in scoring the Edinburgh Postnatal Depression scale. *Arch Womens Ment Health*; 16(2):117-122.
- Medina E. (2013). Diferencias entre la depresión postparto, la psicosis postparto y la tristeza postparto. *Perinatol Reprod Hum*; 27(3):185-193.
- Menacho L. (2005). Embarazo Adolescente. Lima, Perú. Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Mendoza C., Saldivia S. (2015). Actualización en depresión postparto: el desafío permanente de optimizar su detección y abordaje. *Rev Med Chile*; 143: 887-894.
- O'Hara W. (2013). Postpartum depression: Causes and consequences. : Springer-Verlag, Berlin.
- O'Keane V., Lightman S., Patrick K., Marsh M., Papadopoulos S., Pawlby S., Seneviratne G., Taylor A. & Moore R. (2011). Changes in the maternal

hypothalamic-pituitary-adrenal axis during the early puerperium may be related to the postpartum 'blues'. *J Neuroendocrinol*;23(11):1149-55. Inglaterra.

Pérez R., Márquez, M. (1997). La importancia del apoyo social durante el proceso de embarazo. *Psicología y Salud*; 9,111-119.

Rai S., Pathak A., Sharma I. (2015). Postpartum psychiatric disorders: Early diagnosis and management. *Indian J Psychiatry*;57(Suppl 2):S216.

Reck C., Stehle E., Reinig K., Mundt C. (2009). Maternity blues as a predictor of DSM IV depression and anxiety disorders in the first three months postpartum. *Journal of affective disorders*; 113(1-2):77-87.

Reyes A. (2008). Trastornos Psicológicos en la paciente embarazada. IX Curso de actualización en anestesiología en Ginecología y Obstetricia. Obtenido de: <http://es.scribd.com/doc/260500220/8#scribd> (Fecha de acceso: 22 – 4- 2017).

Romero A., Fernández O., Gay A. (2012). Maternidad y salud: ciencia, conciencia y experiencia. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Roy-Byrne P. (2014). Postpartum blues and unipolar depression: Epidemiology, clinical features, assessment, and diagnosis. UpToDate [Internet]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/contents/postpartum-blues-and-unipolar-depression> (Fecha de acceso: 20 – 5 – 2017).

Sharma V., Burt V. & Ritchie H. (2011). Evaluación y tratamiento de la depresión bipolar II posparto: revisión. *RET, Revista de Toxicomanías*; 64: 3 – 11.

Servicio Andaluz de Salud, Consejería de Salud y Bienestar Social de Andalucía. (2013). Guía de autoayuda para la depresión y los trastornos de ansiedad. España.

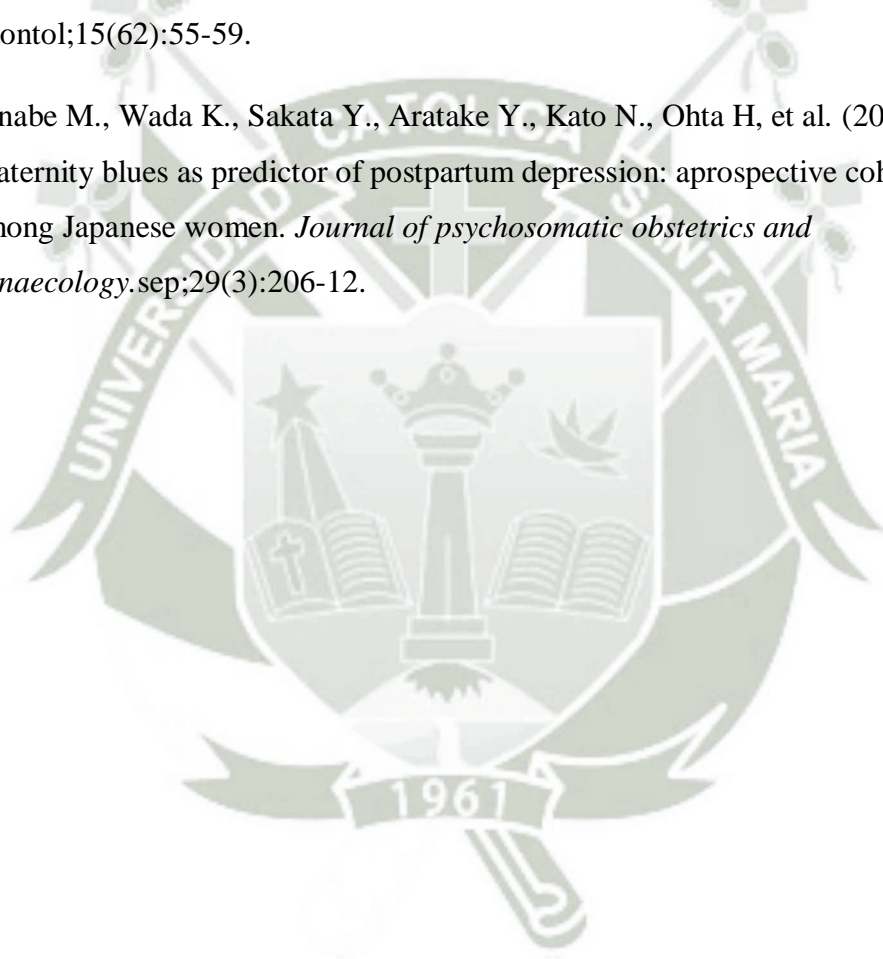
Silverman E. (2007). Neural dysfunction in postpartum depression: an FMRI pilot study. *CNS Spectr*; 12(11): 853-62.

Stern D., Bruschiweiler N. & Freeland A. (2007). El nacimiento de una madre. La experiencia de la maternidad. 2da edición. Barcelona: Paidós.

Takahashi Y. & Tamakoshi K. (2014). Factors associated with early postpartum maternity blues and depression tendency among Japanese mothers with full-term healthy infants. *Nagoya J Med Sci*;76(1-2):129-38. Japón.

Trautmann P. (2008). Perturbaciones psíquicas postparto pueden los profesionales de la salud ayudar a prevenir efectos negativos a largo plazo. *Claves odontol*;15(62):55-59.

Watanabe M., Wada K., Sakata Y., Aratake Y., Kato N., Ohta H, et al. (2008). Maternity blues as predictor of postpartum depression: a prospective cohort study among Japanese women. *Journal of psychosomatic obstetrics and gynaecology*. sep;29(3):206-12.



Anexos

ANEXO 1

CUESTIONARIO DE FACTORES PSICOSOCIALES

Estimada señora.

Le solicitamos se sirva responder los siguientes ítems, no hay respuestas correctas ni incorrectas, no deje ítems sin responder.

Edad.....

Nivel de instrucción: () Ninguno () Primaria () Secundaria () Superior

Familia con la que vive: () Padres () Padres y hermanos () Sólo con la madre

() Sólo con su padre () Con su pareja () Familia extensa () Vive sola

Factores personales:

Su pareja aceptó su embarazo	Si	No
Su pareja asumió la responsabilidad del cuidado de su hijo	Si	No
Su pareja la ha abandonado	Si	No
El embarazo fue planificado, deseado, por usted y su pareja	Si	No
Actualmente mantiene la relación amorosa con el padre de su hijo	Si	No

Factores familiares:

Sus padres aceptaron su embarazo	Si	No
Sus padres aceptan a su pareja	Si	No
Sus padres le brindan apoyo económico	Si	No
Sus padres le brindan comprensión y apoyo	Si	No
Usted tiene relaciones armónicas con sus padres	Si	No
A alguno de sus familiares le han diagnosticado depresión		

Factores académicos

Continúa usted estudiando	Si	No
A raíz de su embarazo, ha tenido que abandonar sus estudios	Si	No
A raíz de su embarazo, ha recibido críticas de sus compañeros de estudios o profesores	Si	No
Ha recibido apoyo de sus compañeros y sus profesores	Si	No



ANEXO 2

ESCALA DE BLUES MATERNO DE LIMA

Por favor, lea cada ítem y marque su respuesta en el casillero que considere que más se ajusta a su respuesta.

ITEM	No, en absoluto	No muy a menudo	Si, bastante a menudo	Si, casi siempre
He estado llorando frecuentemente porque me siento infeliz.	0	1	2	3
Me he sentido triste y desafortunada.	0	1	2	3
Me he sentido ansiosa y preocupada sin motivo.	0	1	2	3
Me siento muy irritable.	0	1	2	3
Siento que mi humor cambia de manera frecuente con cualquier cosa.	0	1	2	3
Me fatigo fácilmente con cualquier cosa.	0	1	2	3

Puntaje:.....